

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1939

N°

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BASTARD

Né le 11 Mars 1911 à Paris

# Hémiplégie infantile et syphilis héréditaire

---

*Président : NOBECOURT, Professeur*

---

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le Prince VI.

1939



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1939

N<sup>o</sup>

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BASTARD

Né le 11 Mars 1911 à Paris

# Hémiplégie infantile et syphilis héréditaire

---

*Président :* NOBECOURT, *Professeur*

---

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le Prince VI<sup>e</sup>

1939

## I. — PROFESSEURS

MM.

ROUVIERE.  
 Léon BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 Robert DEBRE.  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 ABRAMI.  
 MONDOR.  
 LEROUX.  
 CHAMPY.  
 TIFFENEAU.  
 HARVIER.  
 TANON.  
 BALTHAZARD.  
 LAIGNEL-LAVASTINE  
 FIESSINGER.  
 CHIRAY  
 LOEPER.  
 CARNOT.  
 CLERC.  
 Marcel LABBÉ.  
 LEREBoullet.  
 NOBECOURT.  
 H. CLAUDE.  
 GOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 CUNEO.  
 GOSSET.  
 GREGOIRE.  
 LENORMANT.  
 TERRIEN.  
 CHEVASSU.  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 LEVY-SOLAL.  
 MOCQUOT.  
 OMBREDANNE.  
 RATHERY.  
 LEMAITRE.  
 Pierre DUVAL.  
 M. VILLARET  
 TROISIER.  
 MATHIEU.  
 LAUBRY.  
 Clovis VINCENT.  
 N...  
 HAZARD.  
 HOVELACQUE.  
 MULON.  
 OLIVIER.  
 SANNIE.  
 VERNE.

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Anatomie .....                                                      |  |
| Physiologie .....                                                   |  |
| Physique médicale .....                                             |  |
| Chimie médicale .....                                               |  |
| Bactériologie .....                                                 |  |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  |  |
| Pathologie et thérapeutique générale .....                          |  |
| Pathologie médicale .....                                           |  |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |  |
| Anatomie pathologique .....                                         |  |
| Histologie .....                                                    |  |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |  |
| Thérapeutique .....                                                 |  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                |  |
| Médecine légale .....                                               |  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    |  |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          |  |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      |  |
| Clinique médicale .....                                             |  |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    |  |
| Clinique des maladies des enfants .....                             |  |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               |  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      |  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            |  |
| Clinique chirurgicale .....                                         |  |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |  |
| Clinique urologique .....                                           |  |
| Clinique d'accouchements .....                                      |  |
| Clinique gynécologique .....                                        |  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 |  |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               |  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             |  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           |  |
| Clinique propédeutique .....                                        |  |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    |  |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                |  |
| Clinique cardiologie .....                                          |  |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   |  |
| Clinique d'Assistance Médico-sociale .....                          |  |



Professeurs sans chaire .....

## II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY . . . . . Pathologie médicale.  
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.  
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.) Hydrologie.  
 BOULIN . . . . . Pathologie médicale.  
 BULLIARD . . . . Histologie.  
 CATHALA . . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.  
 COSTE . . . . . Pathologie médicale.  
 DOGNON . . . . . Physique.  
 FEY . . . . . Urologie.  
 FUNCK . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD . . . . Parasitologie.  
 GASTINEL . . . . Bactériologie.  
 DE GAUDART  
   D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.  
 GAYET . . . . . Physiologie.  
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.  
 GIROUD . . . . . Histologie.  
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.  
 HALPHEN . . . . Oto-rhino-laryngologie.  
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.  
 JOANNON . . . . Hygiène.  
 LACOMME . . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LAVIER . . . . . Parasitologie.  
 LELONG . . . . . Pathologie médicale.  
 LEMAIRE . . . . . Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.  
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.  
 MOREAU . . . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN . . . . Pathologie médicale.  
 PETIT-  
   DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.  
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.  
 PORTES . . . . . Obstétrique.  
 RENARD . . . . . Ophtalmologie.  
 RICHTER . . . . . Physiologie.  
 SENEQUE . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN . . . . . Pathologie médicale.  
 VIGNES . . . . . Obstétrique.  
 WILMOTH . . . . Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET . . . . . Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.  
 GUENIOT . . . . . Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER . . . . Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.  
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

# VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.                        |                    | MM.              |                        |
|----------------------------|--------------------|------------------|------------------------|
| ALAJOUANINE                | Clinique médicale. | BASSET . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN . . . .           |                    | BROCQ . . . . .  |                        |
| BRULE . . . . .            |                    | CADENAT . . . .  |                        |
| CHABROL . . . .            |                    | GATELLIER. . .   |                        |
| DONZELOT . . .             |                    | MOURE . . . . .  |                        |
| DUVOIR . . . . .           |                    | QUENU . . . . .  |                        |
| LIAN . . . . .             |                    | VELTER . . . . . |                        |
| PASTEUR-VAL-<br>LERY-RADOT |                    |                  |                        |
| SEZARY . . . . .           |                    |                  |                        |

| MM.              |                        |
|------------------|------------------------|
| ECALLE . . . . . | Clinique obstétricale. |
| METZGER . . . .  |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                     |                     |
|-------------------------|---------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé.  | Education physique  |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique |
| RUPPE . . . . .         | Stomatologie        |
| WEIL-HALLE . . . . .    | Puériculture        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'en-tend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PERE (*in memoriam*)

*artiste délicat, trop tôt arraché à notre  
affection, et dont la vie de droiture  
nous servira d'exemple.*

A MA MERE

*qui supporte vaillamment de cruelles  
épreuves, et dont le courage jamais  
abattu fait notre admiration et notre  
réconfort.*

A TOUTE NOTRE FAMILLE

A NOS AMIS

**A Monsieur le Professeur A. NOBÉCOURT**

**Professeur de Clinique Pédiatrique  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine  
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades  
Commandeur de la Légion d'Honneur**

*qui a bien voulu nous faire l'honneur  
de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur L. BABONNEIX

Membre de l'Académie de Médecine  
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis  
(Annexe Grancher)

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a inspiré ce modeste travail.*

*Nous le prions de vouloir bien trouver ici l'expression de la grande reconnaissance que nous lui avons pour la constante sollicitude dont il nous a entouré, et pour les conseils éclairés qu'il nous a toujours prodigués.*

AUX AMIS DE MON PERE

Monsieur A. DE MONZIE  
actuellement Ministre des Travaux Publics;

Monsieur H. LUC  
Directeur général de l'Enseignement technique  
Commandeur de la Légion d'Honneur

Monsieur le Docteur Jacques TOUPET  
Médecin de la Banque de France  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui nous ont témoigné en des heures  
cruelles des marques inoubliables  
d'affection.*

A Monsieur le Docteur P. FERNET

Médecin de la Maison de Saint-Lazare  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*en reconnaissance de l'intérêt qu'il  
nous a si souvent témoigné.*

## A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

### *Stage :*

Monsieur le Professeur E. SERGENT  
Monsieur le Professeur L. OMBREDANNE  
Monsieur le Docteur L. RAMOND  
Monsieur le Docteur M. CHIFOLIAU  
Monsieur le Docteur L. BABONNEIX

### *Externat :*

Monsieur le Docteur L. GERNEZ (*in memoriam*)  
Tenon 1933-34  
Monsieur le Docteur P. AMEUILLE  
Cochin 1934  
Monsieur le Professeur Agrégé A. LEMAIRE  
Lariboisière 1934  
Monsieur le Professeur Agrégé Ch. RICHET  
La Charité et Beaujon 1934-35  
Monsieur le Docteur R.-J. WEISSENBACH  
Saint-Louis 1935-36  
Monsieur le Docteur L. BABONNEIX  
Saint-Louis 1936-37  
Monsieur le Professeur Agrégé L. PORTES  
Bretonneau 1937  
Monsieur le Docteur G. BASCH  
Tenon 1937-38

A MES CHERS AMIS  
ET CAMARADES D'ETUDES

Maître Jean BABONNEIX

Docteur Pierre BANSE

Lucien BERNARD, Ingénieur E.S.E.

Roger BLINDER, Interne des Hôpitaux

Docteur Jacques H. FAYET

Louis HAUSSMANN (*in memoriam*)

Docteur Maurice PIERRE



## INTRODUCTION

Rien de plus divers comme les causes de l'hémiplégie infantile.

Tantôt, elle relève d'un *traumatisme* et, particulièrement, d'un traumatisme obstétrical.

Elle peut aussi être due à une *malformation cérébrale*: agénésie d'un hémisphère cérébral : elle est alors congénitale.

D'autres fois, elle succède à une *infection banale de l'enfance* : gastro-entérite du nourrisson, fièvres éruptives, dont, surtout, la rougeole et la varicelle.

Depuis quelques années, l'attention des neurologistes et des pédiâtres est attirée sur la fréquence de ces *infections à virus neurotropes*, dites improprement *encéphalites*, et qui sont, en réalité, des *névraxites* qui, selon la localisation de leurs lésions, traduisent leur existence, ici, par des phénomènes cérébelleux, là, par des réactions méningées, là encore, par un ensemble complexe indiquant l'atteinte d'un grand nombre de faisceaux ou de systèmes.

A ces causes, il convient d'ajouter la *syphilis héréditaire*, qui, comme l'ont montré de nombreux auteurs, intervient fréquemment, même quand, au premier abord, elle semble ne jouer aucun rôle. Dans un cas célèbre de Maurice Péhu et V. Gardère (1914), le bébé avait succombé à une broncho-pneumonie compliquée de convulsions. A l'autopsie, foyer d'encéphalite d'apparence ba-

nale, mais dans lequel l'examen décèle la présence de nombreux spirochètes. Un petit malade, observé par le Prof. Marfan, fut atteint, deux jours après une chute, d'hémiplégie. Traumatisme banal? Peut-être, mais l'enfant était un hérédosyphilitique manifeste. On le mit donc au traitement spécifique. La guérison fut rapidement obtenue. Autre cas de même ordre, dû à MM. Pierre Marie et Blocq : hémiplégie capsulaire qu'on attribue d'abord à un traumatisme, mais qui était survenue chez un hérédosyphilitique, de sorte qu'on pouvait se demander si l'artériole ne s'était pas rompue, sous l'influence du traumatisme, parce qu'elle était déjà lésée.

C'est à l'étude de ces hémiplégies infantiles liées à la syphilis congénitale que nous voudrions consacrer ce modeste travail qui, en raison des circonstances, n'embrassera pas tout le sujet, mais se limitera à l'exposition et à la discussion des cas que nous a communiqués notre Maître, M. L. Babonneix, que nous tenons à remercier de sa grande obligeance.

Notre travail comportera donc deux chapitres :

I. — *Observations personnelles*, plus ou moins détaillées selon les cas, certaines d'une longueur suffisante, d'autres se réduisant à quelques lignes.

II. — *Discussion de ces cas*, les uns nous semblent absolument démonstratifs, les autres, moins topiques et laissant subsister quelque doute sur l'origine syphilitique des accidents.

D'où les *conclusions* suivantes : si le tréponème ne peut, en aucune manière, produire toutes les hémiplégies infantiles, il est au moins la cause d'un certain nombre d'entre elles.

## CHAPITRE PREMIER

### OBSERVATIONS PERSONNELLES

#### OBSERVATION I. — X..., 17 mois.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père a contracté la syphilis il y a quatre ans. Soumis aussitôt aux injections de 606, il n'en a pas moins présenté de la roséole. L'enfant est née à terme. La grossesse avait été bonne et l'accouchement normal. A noter seulement un peu de coryza à la naissance.

Il y a six autres enfants antérieurs à la contamination du père, et tous bien portants.

*Histoire de la maladie.* — En août dernier, est survenue une grippe, à la suite de laquelle s'est développée une hémiplégie gauche. Depuis lors, l'enfant ne parle plus, ne marche plus, est devenue désagréable, grognon, en même temps que son état général s'altérait.

*Etat actuel.* — Ce qui domine, c'est l'hémiplégie gauche, avec signe de Babinski, contracture continue, mais s'exagérant encore par crises, du membre inférieur, mouvements athétoso-choréiques de la main correspondante, léger arrêt de développement de tout le côté paralysé.

On constate aussi de la raideur de la nuque et un peu de contracture du côté droit.

L'enfant est nettement arriérée.

OBSERVATION II. — X..., 28 mois.

La mère a *déjà fait cinq fausses couches*; dès qu'a commencé la sixième grossesse, un traitement spécifique a été institué. Cependant la fillette est née un mois avant terme. Dans les premiers mois, est apparue brusquement une hémiplégie gauche. L'enfant ne parle pas, ne marche pas; sa paralysie présente tous les caractères de l'hémiplégie cérébrale infantile.

OBSERVATION III (L. BABONNEIX et A. WIDIEZ). — X..., 18 ans, sans profession, entre à l'hôpital pour hémiplégie droite.

*Histoire de la maladie.* — Il y a trois ans, en pleine nuit, ictus suivi d'hémiplégie droite avec aphasie.

Toujours bien portant jusqu'à cet incident, il ne présentait aucun symptôme morbide, ni céphalée, ni vertige. La veille au soir, cependant, il avait ressenti un violent mal de tête.

Hospitalisé à Trousseau, il a suivi un traitement spécifique (QUINBY) qui a amélioré son état.

La parole est revenue au bout de trois mois. Les mouvements sont redevenus possibles du côté paralysé, mais il persiste un certain degré de maladresse.

*Antécédents personnels.* — Il est né à terme. La grossesse avait été bonne, l'accouchement normal; il n'y a pas eu d'application de forceps.

Première dent à 8 mois; premiers pas vers 10 mois; premières paroles de bonne heure.

On ne note, dans ses antécédents, qu'une rougeole à 6 ans, et quelques bronchites.

*Antécédents héréditaires.* — *Père mort de paralysie générale* à 53 ans.

Mère bien portante. Elle a eu 7 enfants : 5 sont morts en bas âge, quelques-uns de méningite. La sœur du malade, âgée de 23 ans, est bien portante, quoique un peu « anémique ».

*Etat actuel.* — L'état général est satisfaisant. Il persiste une légère paralysie faciale droite et une parésie des membres

supérieur et inférieur droits, qui présentent un certain degré d'atrophie et de cyanose.

| <i>Mensurations</i>   | <i>Circulaires</i> |
|-----------------------|--------------------|
| Cuisse gauche ....    | 44                 |
| — droite .....        | 42                 |
| Mollet gauche ....    | 34                 |
| — droit .....         | 32                 |
| Bras gauche .....     | 24                 |
| — droit .....         | 23                 |
| Avant-bras gauche .   | 22 1/2             |
| — droit. ..           | 21                 |
| <i>Longitudinales</i> |                    |
| Membre gauche.        | 83                 |
| — droit..             | 82                 |

Le membre supérieur droit est en flexion, le poing habituellement fermé : le patient ne peut l'ouvrir de lui-même ; mais, de temps à autre, la main s'ouvre sous l'influence d'un spasme. La supination complète est impossible. °

Il existe quelques mouvements athétosiques.

Le membre inférieur droit est en extension, avec tendance à l'équinisme et à la rotation interne du pied. Le membre inférieur droit est plus court que le gauche. Le malade boite légèrement en marchant.

*Réflexes tendineux.* — Ils sont exagérés.

Réflexe achilléen : exagéré.

Réflexe rotulien : polycinétique.

Réflexe crémastérien : diminué.

Signe de Babinski à droite. Pas de signe d'Oppenheim.

Trépidation épileptoïde du pied droit.

Le réflexe radial droit est exagéré.

Les réflexes sont normaux du côté gauche.

Du côté malade existe une hypertonie manifeste, de type pyramidal.

Il n'existe aucun trouble de la *sensibilité*, et, en particulier, pas d'astéréognosie.

Les réflexes de posture manquent du côté paralysé.

Au membre supérieur droit se voient quelques *troubles sympathiques*, dont la livedo.

La contractilité idio-musculaire des muscles malades est augmentée.

Les divers appareils sont normaux.

Le cœur est normal; le pouls, à 68; la pression artérielle, de 6-12 au Pachon.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Notons, toutefois, un *développement exagéré des bosses frontales* et *quelques irrégularités des crêtes tibiales*, qui sont un peu saillantes.

Les *dents* sont *petites, irrégulières, espacées*, quelques-unes cariées.

*Examen des yeux* (Jean BLUM, le 12 février 1937). — Réflexes pupillaires normaux. Pas de troubles oculo-moteurs. *Papilles légèrement blanches des deux côtés*.

Pas de troubles de l'audition.

Le *psychisme* de l'enfant était normal avant l'ictus. Sa mère a remarqué depuis lors un affaiblissement notable de ses facultés intellectuelles : « Il s'occupe vaguement », dit-elle. Il calcule avec facilité. La lecture est un peu hésitante, mais il interprète normalement ce qu'il lit. A l'hôpital, on est constamment obligé de le rappeler à l'ordre pour sa saleté. La *parole* ne présente aucune altération. Il n'existe pas de manifestation comitiale.

*Ponction lombaire*, 16 février 1937.

Lymphocytes . . . . . 1

Albumine . . . . . " 0 g. 22

*Sang.* — Wassermann type négatif. Hecht négatif.

OBSERVATION IV. — Une fillette de 9 ans nous est envoyée, en 1923, par MM. MOUCHET et RÆDERER, pour une hémiplégie gauche typique.

Il est assez difficile de préciser son histoire. Elle semble avoir eu, à 3 mois, des réactions méningées, peut-être accompagnées ou suivies de convulsions.

Actuellement, en plus de son hémiplégie, on note, chez elle, comme principaux symptômes :

- 1° Une *hydrocéphalie* très marquée;
- 2° Des *exostoses frontales*;
- 3° Un peu de *strabisme interne*;
- 4° Une légère tendance à l'obésité.

La réaction de Wassermann, recherchée pour le sang, est négative.

#### OBSERVATION V. — Z..., vu en 1914.

Hémiplégie infantile droite typique, avec troubles intellectuels assez accusés : puérilisme, aprosexie. Deux arguments en faveur de l'hérédo-syphilis : un de présomption, caractérisé par des *irrégularités dentaires*; un de certitude : *gomme du voile* cicatrisée.

#### OBSERVATION VI. — X..., 7 ans, vu en 1923.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Les parents sont en bonne santé. Le petit malade a marché à 16 mois, parlé à 2 ans.

*Histoire de la maladie.* — Il est, depuis sa plus tendre enfance, et peut-être à la suite d'une « méningite », sujet à des convulsions de type jacksonnien, avec aura, amnésie partielle et, quelquefois, incontinence d'urines pendant la crise.

Il a été vu par le Professeur MARFAN, qui, ayant trouvé une réaction de Bordet-Wassermann *fortement positive*, l'a mis au traitement.

*Etat actuel.* — Il présente :

- 1° Une hémiplégie spasmodique gauche légère, intéressant surtout le membre supérieur;
- 2° Quelques stigmates de dégénérescence;
- 3° Des *cicatrices péribuccales*.

OBSERVATION VII. — La petite X... ne présente aucun antécédent héréditaire; elle est née à terme; elle a deux sœurs bien portantes.

*Histoire de la maladie.* — Appelé à la voir pour une affection pulmonaire aiguë, nous sommes frappé de constater chez elle divers symptômes nerveux : 1° hémip légie gauche; 2° arriération mentale. Il existe aussi un degré marqué d'*hydrocéphalie* et des *exostoses frontales* volumineuses.

*Etat actuel.* — L'hiver suivant, elle a été prise de convulsions répétées qui ont duré quelques jours, se sont arrêtées, puis ont repris au bout d'une semaine. Elle nous est ramenée. L'hémip légie gauche est toujours aussi marquée. La tête est grosse, les parois craniennes épaisses, surtout sur les bosses frontales qui forment des saillies anormalement développées. On constate, de temps à autre, un peu de strabisme. La *réaction de Wassermann* a été trouvée *positive* dans un excellent laboratoire. Les frictions mercurielles, aussitôt prescrites, ont paru donner au début un bon résultat. Les convulsions ne s'en sont pas moins reproduites à diverses reprises.

OBSERVATION VIII (avec M. Roger VOISIN). — X..., âgée de 12 ans, entrée aux Enfants-Malades pour hémip légie gauche.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est bien portant, mais il a 27 ans de plus que sa femme. Celle-ci est également en bonne santé; elle déclare que ni son mari ni elle n'ont jamais eu de maladies vénériennes; elle n'a pas fait de fausses couches. Ils ont eu deux enfants : 1° une fille aînée atteinte de paraplégie spasmodique tardive et chez laquelle l'examen des yeux, pratiqué par M. DUPUY-DUTEMPS, aboutit aux résultats suivants : inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus dilatée que la droite; réactions pupillaires nulles à la lumière, faibles à la distance; 2° la malade.

*Antécédents personnels.* — L'enfant est née à terme, à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est bien passé.

Mais, quelques jours après la naissance, est survenue une éruption si caractéristique que le médecin a immédiatement pensé à une *roséole* et prescrit, en conséquence, des *frictions mercurielles*. X... a été élevée au sein maternel jusqu'à 3 ans (?). Elle a eu ses premières dents à 1 an, a marché à 30 mois, et, au point de vue intellectuel, s'est si mal développée, qu'actuellement elle sait à peine lire et écrire. Vers 2 ou 3 ans, elle a eu la variole; à 8 ans, un zona qui aurait duré quatre mois; à 9, une fièvre muqueuse.

La maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté, il y a quatre ans, par des crises convulsives espacées par un intervalle de deux mois. La mère raconte qu'elle n'a pas assisté au début de la première, mais qu'en rentrant chez elle, elle a trouvé son enfant sans connaissance, se débattant à terre, les yeux révulsés. A la deuxième, on s'est aperçu qu'il s'était développé une hémiplegie gauche intéressant surtout le membre inférieur; moins, la face; moins encore, le membre supérieur.

*Etat actuel.* — La jeune X... est assez bien développée, mais son système nerveux est gravement altéré. Tout d'abord, il existe, en plus de l'arriération mentale déjà signalée, des troubles du caractère. L'enfant est impulsive et coléreuse; plusieurs fois, elle a menacé sa mère de se suicider en se jetant par la fenêtre. Lors de son entrée dans la salle, elle s'est si bien débattue, griffant et pinçant les personnes qui l'entouraient, qu'il n'a pas fallu moins de trois infirmières et de deux garçons pour arriver à la coucher.

Les troubles moteurs consistent en une hémiplegie spasmodique gauche. La face est légèrement asymétrique, le côté gauche étant un peu moins développé que le droit. Les membres du côté gauche paraissent plus grêles et plus courts que leurs homonymes. Dans la situation horizontale, le membre inférieur gauche est en demi-flexion, le pied étant en varus équin. Les divers mouvements segmentaires s'effectuent avec difficulté. La démarche est possible, mais la jambe malade se raidit encore et le pied frotte contre le sol par la pointe et le bord externe. Il n'y a, d'ailleurs, ni vertiges, ni ataxie.

*Réflexes.* — Les réflexes tendineux sont très exagérés à gauche; il n'y a pas de clonus du pied. Le signe de Babinski existe des deux côtés. Les réflexes cutanés sont normaux.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. L'examen des yeux, pratiqué par M. DUPUY-DUTEMPS, a donné les résultats suivants : aucune lésion de la pupille, trouble diffus et léger de toute la cornée, indiquant une *kératite interstitielle* ancienne. Les *pupilles* sont larges et *immobiles à la lumière*; elles réagissent peu à l'accommodation. Les réflexes conjonctivo-pupillaires sont conservés. Il n'y a pas d'hémianopsie, mais il existe un petit foyer ancien de choroïdite.

L'état général est excellent. A signaler seulement que les premières dents auraient été cariées dès leur apparition et que les incisives médianes de la seconde dentition sont *échan-crées sur leur bord libre de façon à rappeler la dent d'Hutchinson*.

OBSERVATION IX (avec L. TIXIER). — Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans 1/2, né à terme, à la suite d'un accouchement un peu long. La grossesse avait été très bonne. Jusqu'au huitième mois, on l'a élevé au sein; il présentait alors des troubles digestifs qui ont complètement disparu lorsqu'il a été mis au biberon. Il a parlé de bonne heure, mais n'a commencé à marcher qu'à 19 mois. Il y a cinq mois, il se trouvait au bord de la mer, lorsque, un soir, il s'est plaint de la tête. La nuit qui a suivi, sont apparues quelques convulsions oculaires. Le lendemain matin, paralysie complète du côté gauche. Deuxième crise, en tous points analogue à la première, le vendredi suivant; troisième, le mercredi. Un de nos confrères, appelé aussitôt, avait l'heureuse idée d'instituer un traitement mercuriel, qui a donné de très bons résultats. Néanmoins, à la suite de la dernière crise, l'enfant est resté huit jours sans pouvoir parler. Depuis cette époque, il ne s'est rien passé de particulier, sinon que la paralysie de la face et de la jambe a rétrogradé et que les troubles moteurs se sont cantonnés au bras.

Actuellement, il s'agit d'une vulgaire hémiplegie infantile, avec arrêt de développement du côté gauche, mouvements athétoso-choréïques, exagération des réflexes tendineux, légers troubles intellectuels. Mais voici en quoi l'histoire de ce petit enfant, au premier abord banale, est intéressante. *La réaction de Wassermann est franchement positive chez lui.* D'autre part, sa mère nous a dit qu'il y a quelques années, elle avait présenté, en divers points du corps, une éruption qui avait été considérée comme de *nature spécifique*; à la même époque, *elle aurait souffert de la gorge*. Les médecins qui l'ont vue à ce moment lui ont fait suivre un traitement sévère; à savoir : six injections d'huile grise et un assez grand nombre d'injections de sels solubles. A l'heure actuelle, on peut encore constater chez elle un peu de mélanodermie cervicale et quelques adénopathies. Elle n'offre d'ailleurs aucun signe de syphilis nerveuse et la réaction de Wassermann est, pour elle, absolument négative. *Le père, mort jeune de cardiopathie, aurait suivi un traitement mercuriel au régime.*

OBSERVATION X (avec M. HALLEZ). — Un petit garçon de 22 mois est né à terme, pesant 3 kg. 700, après une grossesse normale. L'accouchement s'était accompli sans incident. Deux aînés sont bien portants, ainsi que le père.

*La mère a contracté la syphilis en 1918.*

Nourri au sein jusqu'à 1 an, l'enfant a présenté, pendant les premiers mois, des *vomissements habituels* presque après chaque tétée, et de la diarrhée commune à plusieurs reprises.

A 6 mois, convulsions localisées d'abord à la face, avec secousses des globes oculaires, durant quelques secondes. Tous les trois mois environ, depuis cette époque, réapparition de petites convulsions toniques, puis cloniques.

A 17 mois, convulsions généralisées, puis prédominant sur le côté gauche, violentes, avec fièvre, s'accompagnant de cris, se renouvelant fréquemment pendant une quinzaine.

Quelques jours après le début de ces convulsions, apparition d'une hémiplegie gauche, d'abord flasque.

Premier examen en 1922. L'enfant a 22 mois et pèse 8 kg. 900. Très léger degré d'*hydrocéphalie*, avec fontanelle antérieure oblitérée; *front olympien* : aspect classique de l'hémiplégie infantile à la période de contracture, avec participation du facial inférieur gauche, le bras gauche collé au corps, l'avant-bras fléchi en pronation et en flexion forcées, la main déviée vers le bord cubital, les doigts étendus. Le membre inférieur gauche, moins atteint, est en extension; léger degré de pied bot varus équin. Atrophie musculaire du côté gauche, sans diminution appréciable de la longueur. Exagération des réflexes tendineux et signe de l'éventail. Pas de mouvements athétosiques, mais les mouvements volontaires du membre supérieur gauche sont difficiles et maladroits, la marche est impossible.

Déficit intellectuel marqué; aucune tendance à prononcer des sons articulés; la bouche est presque continuellement ouverte et laisse continuellement écouler de la bave.

Dimorphisme dentaire.

Cœur et poumons normaux, rate non accessible, pas d'adénopathie, pas de troubles digestifs.

La tête et les yeux sont presque constamment déviés vers la droite, même lorsque l'enfant regarde un objet placé en face de lui.

Le Docteur DUPUY-DUTEMPS, qui veut bien pratiquer un examen ophtalmologique, nous communique la note suivante :

Pas de lésion du fond de l'œil.

Réflexes pupillaires conservés.

Les yeux, dans les conditions normales, restent constamment déviés vers la droite, sans que la pupille dépasse jamais, vers la gauche, la ligne médio-palpébrale. Il n'y a pas, cependant, de paralysie des mouvements vers la gauche, car, lorsqu'on examine l'enfant en plaçant un blépharostat, ou lorsqu'il se défend en fermant les paupières qu'on écarte de force, on voit les yeux se diriger vers la gauche avec l'amplitude normale.

On ne peut pas mettre en évidence une hémianopsie gauche, mais il est possible qu'elle existe et que s'explique, par là, la déviation habituelle des yeux vers la droite.

L'enfant ne regarde pas dans la direction de la lumière et ne tourne pas la tête dans cette direction lorsque la lumière est à gauche. Il dirige, au contraire, le regard et tourne la tête vers la lumière quand elle est placée à droite.

Soumis d'abord à un traitement mercuriel dont nous n'avons pu préciser la durée ni le mode d'administration, il ne paraît faire aucun progrès.

Ponction lombaire, le 25 janvier 1922 : liquide limpide, *hyperalbumineux* (0 gr. 70 par litre), lymphocytose légère : quatre éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte, *réaction de Hecht positive*.

On conseille un traitement arsenical : 1 gr. 80 de sulfarsénol en deux séries d'injections sous-cutanées.

En mars, deux convulsions cloniques généralisées; action bienfaisante du gardénal.

A la fin du traitement, diminution nette des contractures et amélioration très marquée de la paralysie du membre supérieur gauche.

Le petit malade est plus éveillé, ne bave plus et esquisse des mouvements de marche presque normale.

Poids : 9 kg. 900.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives pour le sang.

#### OBSERVATION XI (avec M. A. DURUY). — X..., 17 ans.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père est mort, vers la cinquantaine, d'une embolie pulmonaire consécutive à une phlébite variqueuse. La mère est en bonne santé, les réactions sanguines sont normales chez elle, mais elle n'a *pas de réflexe achilléen gauche*. Deux enfants : le malade et une fille bien portante. Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Le jeune X... est né à terme, mais l'accouchement, *prolongé*, s'est terminé par une application de forceps; on a constaté, à la naissance, un certain degré d'asphyxie; les jours suivants, il s'est produit un volumineux céphalématome. Peut-être même l'application du forceps aurait-elle déterminé, dans la

région de la nuque, une perte de substance (?) dont il ne reste plus trace.

L'enfant, qui était « très gros », a été élevé au sein jusqu'à 8 mois, a eu ses premières dents à l'époque habituelle, a fait ses premiers pas à 17 mois, a parlé de bonne heure. Il est allé à l'école primaire, mais n'a pas son certificat.

*Histoire de la maladie.* — Il est amené pour des *convulsions de type comitial*. La première est survenue à 3 ans. Depuis lors, elles se répètent environ tous les mois. Elles débutent par un cri, puis le malade perd connaissance, se débat, écume et tombe; on n'aurait constaté ni urination involontaire ni morsure de la langue. La crise finie, sommeil lourd avec stertor; au réveil, obnubilation intellectuelle, céphalée grave. Depuis quelques mois, sensation continuelle d'« abasourdissement ».

*Etat actuel.* — Les principaux symptômes sont :

I. — Une *hémiplégie infantile localisée à droite*. De ce côté, le membre supérieur est plus court, plus grêle, moins étoffé; le membre inférieur est également moins développé que son homologue, surtout en largeur.

Mensurations :

Membre supérieur. — Longueur (acromion-styloïde radiale).  
A droite : 55; à gauche : 57 1/2.

Circonférence bras : droit, 22 1/2; gauche, 24; avant-bras droit, 24; gauche, 26.

Membre inférieur. — Longueur (trochantéro-malléolaire).  
A droite : 84; à gauche : 85 1/2.

Circonférence : cuisse (10 centimètres au-dessus de la rotule); droite, 37; gauche, 40. Jambe droite, 28 1/2; gauche, 31.

Les troubles *moteurs* sont nombreux :

1° Gêne pour effectuer certains mouvements, comme, par exemple, celui de porter le bras en arrière;

2° Diminution globale de la force motrice : au dynamomètre, 30 à droite, 40 à gauche;

3° Pendant la marche, boiterie peu marquée. A chaque pas, le membre paralysé est lancé en dehors; il se meut tout d'une pièce, sans se fléchir au genou. Le demi-tour est correctement effectué. Le signe de Romberg fait défaut;

4° Grosse difficulté pour accomplir les mouvements délicats : coudre, boutonner, écrire. Il écrit de la main gauche, sans écrire en miroir. Veut-il employer la droite, il n'aboutit qu'à un gribouillis; pas de phénomènes cérébelleux, comme dans le cas de MM. NOICA et BAGDASAR;

5° Oscillations transversales de la tête, sur lesquelles nous reviendrons;

6° Au membre supérieur, spasmes intentionnels, gênant les mouvements volontaires.

Il n'y a pas de paralysie faciale, pas de mouvements athétoso-choréïques.

Quant aux *troubles réflexes*, ils consistent en une augmentation générale, à droite, des réflexes tendineux, avec des variantes : le rotulien est polycinétique; l'achilléen et le radial, nettement augmentés; le cubito-pronateur et le tricipital, à peine accrus. Il existe également de ce côté :

1° De la trépidation spinale;

2° Un signe de Babinski;

3° Un phénomène des raccourcisseurs.

Les réflexes cutanés sont tous diminués, surtout le crémasterien.

Le *tonus* est légèrement modifié : hypertonie discrète du membre inférieur; au membre supérieur, hypotonie affectant principalement les doigts.

Aux troubles *trophiques* déjà signalés, ajoutons des troubles *vaso-moteurs accusés* : livedo annularis bilatérale, mais prédominant à droite, refroidissement des extrémités, etc..

La *sensibilité objective*, tant superficielle que profonde, semble partout normale, aux divers modes, mais il existe une *astéréognosie complète* à droite. On ne constate pas de gros troubles de la sensibilité subjective.

II. — Des *phénomènes oculaires*, constatés chez M. le Professeur TERRIEN et au sujet desquels on nous a remis la note suivante : *inégalité pupillaire*; réflexes pupillaires normaux; nystagmus; V = 5/10 OD; et OG; donc, astigmatisme myopique; fond d'œil : *papilles décolorées*.

C'est peut-être à ce nystagmus que sont liées les oscillations transversales de la tête.

III. — *Les troubles intellectuels ordinaires* Le jeune X... a une instruction très moyenne; il sait lire, écrire et compter; il aiderait même sa mère à tenir un petit commerce; sa mémoire est assez développée, mais ses facultés critiques, jugement et raisonnement, sont médiocres; il ne peut résoudre aucune des questions relatives aux phrases absurdes proposées par BINET et SIMON; il est incapable d'expliquer la différence entre un roi et un président, etc.

IV. — *Une réaction de Bauer fortement positive pour le sang*, la réaction de Wassermann étant négative.

V. — *Un peu d'hypertrophie mammaire à droite.*

Autres constatations, moins importantes :

1° Intégrité apparente de l'appareil auditif, que nous n'avons pu, étant donné les circonstances, qu'examiner un peu grossièrement; pour la même raison, la ponction lombaire n'a pu être pratiquée;

2° Existence d'une scoliose à convexité dorsale droite, avec courbure de compensation lombaire gauche; attitude hanchée;

3° Il n'y a ni altération de langage ni troubles sphinctériens;

4° *Bon état général* : les principales fonctions s'effectuent bien; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; il n'y a pas de polyurie; aucun stigmate net d'hérédosyphilis; à peine quelques stigmates de dégénérescence, dont, surtout, la voûte ogivale; présence, en divers points du corps, dont la région frontale droite, de cicatrices qui, d'après la famille, ne seraient pas attribuables à une chute. L'incisive médiane supérieure droite a été cassée accidentellement.

OBSERVATION XII. — Z..., 20 ans.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père, *probablement syphilitique*, est mort aliéné à 55 ans. La mère est bien portante. La grossesse avait été bonne. De même, il n'y a eu aucune anomalie dans l'acte de l'accouchement.

*Histoire de la maladie.* — Vers 6 mois, seraient apparues des convulsions, sans doute suivies d'hémiplégie droite. C'est pour cette hémiplégie que le jeune homme nous est amené, et, aussi, parce qu'il est « en retard pour tout ».

*Etat actuel.* — L'hémiplégie présente les caractères d'une hémiplégie infantile : atrophie des membres du côté droit; troubles spasmo-paralytiques, avec prédominance de l'élément spasmodique sur l'élément paralytique; déformations : le membre supérieur est en flexion irréductible pour le coude, réductible pour la main, qui, en pronation forcée, fait un angle aigu avec l'avant-bras et se dévie nettement vers le bord cubital, les doigts étant fortement fléchis; à signaler l'hypotonie des petites articulations de la main, contrastant avec l'hypertonie des grandes articulations : poignet, coude, épaule; quant au membre inférieur, il est en extension, avec tendance à l'équinisme, malgré une ténotomie faite il y a quelques années; exagération considérable des réflexes tendineux, sans signe de Babinski ni trépidation spinale; des réflexes cutanés, les crémastériens sont forts, les abdominaux douteux; troubles trophiques et vaso-moteurs; cyanose et sueurs des extrémités, tendance aux engelures; hémiparésie faciale droite. Il n'existe ni épilepsie ni grosses altérations de la sensibilité, ni mouvements athétoso-choréiques, ni symptômes oculaires : strabisme, inégalité pupillaire; mais la parole est défectueuse, sans que l'on puisse parler de dysarthrie; il semble que le malade pêche plutôt par pauvreté du vocabulaire et faiblesse des conceptions que par l'élucution proprement dite.

A signaler, parmi les autres symptômes :

- 1° Un certain degré d'arriération mentale;
- 2° L'existence de rire spasmodique;
- 3° Un infantilisme marqué : grêle, peu étoffé, le jeune homme a une taille de 1 m. 60;
- 4° La présence, à la base du cœur, dans la région du deuxième espace intercostal, d'un souffle systolique très rude, s'étendant transversalement, et lié sans doute à une maladie de Roger:

5° Une réaction de Hecht légèrement positive;

6° Des incisives médianes obliques convergentes, les autres dents étant mal plantées, irrégulières ou cariées.

OBSERVATION XIII (résumée). — Une petite fille de 4 ans est née en état d'asphyxie. A l'examen, hémiplegie infantile gauche, *strabisme interne*, arriération. La réaction de Wassermann est *fortement positive pour la maman, moyennement pour la fillette*.

OBSERVATION XIV. — Un petit garçon de 3 ans nous est amené à la consultation pour hémiplegie infantile droite.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père est syphilitique, la mère a fait une fausse couche et perdu deux enfants en bas âge.

Grossesse et accouchement normaux. L'enfant pesait 3 kilogrammes à la naissance. Il a eu sa première dent à 8 mois et a commencé à marcher à 2 ans. Il n'a jamais eu de convulsions.

*Etat actuel.* — Il s'agit d'une hémiplegie infantile droite typique, pour le détail de laquelle nous renvoyons à la thèse de M. WIDIEZ (obs. XIII de cet auteur, p. 120-121). A signaler que les bosses frontales sont volumineuses.

OBSERVATION XV. — Y..., 10 ans.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — La mère, syphilitique avérée, se fait soigner, en ce moment, pour des accidents spécifiques localisés à la gorge. Sur la fiche du spécialiste, figure, entre autres, l'indication suivante : *cicatrice de gomme du voile*.

*Etat actuel.* — En plus de son atrophie optique, l'enfant est

atteint d'hémiplégie gauche. Le Professeur TERRIEN a constaté, chez lui, à diverses reprises, un *signe d'Argyll-Robertson* au début.

OBSERVATION XVI. — X..., 2 ans 1/2.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père est un *syphilitique avéré*. En 1915, premier enfant, mort peu après la naissance. Nouvelle grossesse, il y a trois ans, terminée au bout de sept mois et demi. L'enfant pesait à la naissance 1 kg. 800 et présentait, dès le premier jour, des signes caractéristiques : *éruption cutanéomuqueuse, coryza, hépato et splénomégalie*, apparence vieillotte. Au bout de quelques mois, comme on avait cru observer qu'il n'y voyait pas, on le conduit à un spécialiste, dont l'examen aboutit aux conclusions suivantes : *iritis bilatérale, opacité des cristalloïdes et des deux cristallins*, et, probablement, *atrophie optique*.

*Etat actuel.* — Le jeune X... est un *microcéphale* avec *exostoses frontales, microphthalmie, cécité*. Il est atteint, en plus, d'hémiplégie spasmodique gauche.

OBSERVATION XVII (L. BABONNEIX et J. HUTINEL). — X..., 10 ans, vu en 1926.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le père est mort subitement à 53 ans. La mère, ainsi que deux autres frères et une sœur, sont en bonne santé. L'enfant est né à terme, à la suite d'une bonne grossesse, sans application de forceps, mais en état d'*asphyxie apparente*. On ignore ce qu'il pesait à la naissance, mais la famille affirme qu'il n'a jamais eu de convulsions. Il a eu sa première dent à 7-8 mois, a commencé à parler à l'âge normal, mais a été en retard pour marcher. C'est à ce moment qu'on s'est aperçu qu'il était paralysé du côté droit. Sa santé générale est satisfaisante : à signaler seulement une crise d'entérite vers 15 mois.

*Histoire de la maladie.* — Comme il arrive si souvent, impossible de préciser le début des accidents, qui n'ont été découverts qu'à l'occasion des premiers pas.

*Etat actuel.* — Le jeune X... est un enfant éveillé, d'aspect intelligent. Ce qui frappe, dès qu'on l'examine, c'est l'existence d'une *hémiplégie infantile droite*, avec *mouvements involontaires du membre inférieur correspondant*.

Voici comment ils se présentent :

Dans le décubitus dorsal, ils intéressent la totalité du membre; très variés dans leur *expression*, ce sont des mouvements :

a) De latéralité de la cuisse, qui se place tantôt en abduction et tantôt en adduction; b) de rotation, surtout interne; c) d'extension de la jambe sur la cuisse. De flexion dorsale du pied et des orteils.

Ces divers mouvements s'associent, se combinent, se substituent les uns aux autres, de façon à constituer des ensembles très complexes.

Leur *rythme* est tantôt accéléré, tantôt ralenti, sans que ces diverses modifications se succèdent avec régularité.

Leur *amplitude* est considérable.

Leur *reproduction* est incessante. Toutefois, à certains moments, ils s'arrêtent pendant quelques secondes ou même plus longtemps, surtout si l'enfant est calme.

Ils sont *accrus* par l'émotion, la recherche des réflexes, les mouvements volontaires effectués par le côté sain, *diminués* par le repos, le sommeil, la marche. Ils persistent dans la station verticale; on note, de temps à autre, un *pseudo-signe de Babinski* survenant spontanément.

A un examen attentif et prolongé, on constate quelques discrets mouvements involontaires du membre supérieur droit, et, en particulier, des mouvements : 1° de la main droite, qui, par instants, s'incline sur le bord cubital; 2° des doigts, qui se mettent en éventail.

Il n'existe ni spasmes ni phénomènes cérébelleux.

Ce curieux phénomène mis à part, les signes constatés sont :

1° Ceux d'une *hémiplégie infantile droite* banale, avec :

a) Parésie des membres du côté droit, boiterie due aussi, en partie, à l'atrophie du membre inférieur, dont rendent bien compte les mensurations :

*Mensuration*

| <i>Membre supérieur</i>                                | <i>Droit</i> | <i>Gauche</i> |
|--------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Longueur du bras .....                                 | 21 cm.       | 21 cm.        |
| — cubitus .....                                        | 18 cm.       | 18 cm. 5      |
| Circonférence :                                        |              |               |
| 10 cm. au-dessous de l'acromion                        | 17 cm.       | 18 cm.        |
| 7 cm. au-dessous de l'olécrâne                         | 16 cm. 5     | 17 cm.        |
| <i>Membre inférieur</i>                                |              |               |
| Longueur (épine iliaque-malléole externe .....         | 64 cm.       | 65 cm.        |
| Circonférence :                                        |              |               |
| 20 cm. au-dessous de l'épine iliaque .....             | 31 cm.       | 33 cm.        |
| 12 cm. au-dessous du bord supérieur de la rotule ..... | 22 cm.       | 23 cm.        |

*Urines* : ni sucre ni albumine.

b) Contractures et rétractions tendineuses, dont surtout la du membre supérieur droit.

c) Troubles de la marche, à droite, légère boiterie, démarche digitigrade; position vicieuse du pied, qui se place en abduction; oscillations légères du corps.

d) Modifications des réflexes : augmentation générale des réflexes tendineux, avec signe de Babinski, mais sans trépidation spinale des réflexes cutanés, le crémasterien est faible, l'abdominal, normal.

e) Absence de gros troubles de la sensibilité.

f) Enraidissement de tous les tissus des membres du côté droit.

g) Scoliose à convexité droite.

h) Synovite palmaire (ALQUIER).

2° Des phénomènes *oculaires*, au sujet desquels on nous a remis, de la part du professeur TERRIEN, la note suivante :

*Réflexes pupillaires un peu lents* : pupilles normales, astigmatisme, fond d'œil normal;

3° A noter l'absence de tout trouble psychique, sphinctérien, et de crises comitiales, typiques ou atypiques;

4° Rien à signaler pour l'*état général*. Il n'existe, en particulier, aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XVIII (*communiquée par M. G. BLECHMANN*). — Concerne une fillette de 8 ans présentant, en plus de son hémiplegie, une *perforation du voile*, et dans le sang de laquelle la *réaction de Wassermann* était *positive*.

OBSERVATION XIX. — Z..., 3 ans, vu en 1927.

*Antécédents héréditaires et personnels*. — Le père, vu par M. MILIAN, *est atteint de syphilis héréditaire*. La mère est bien portante.

Grossesse et accouchement ont été normaux. Le poids, à la naissance, était de 3 kg. 320. La première dent est sortie à 15 mois.

*Histoire de la maladie*. — A la suite de convulsions survenues au cinquième mois, le développement de l'enfant a subi un arrêt manifeste.

*Etat actuel*. — Les principaux symptômes observés sont :

1° Une idiotie absolue : l'enfant ne reconnaît personne, ne sait pas se servir de ses mains, ne sent pas les objets, gâte sans fin;

2° Des troubles moteurs consistant en une hémiparésie droite;

3° De la cypho-scoliose.

OBSERVATION XX (avec M. RÖDERER). — Une fillette de 4 ans est amenée à la consultation de l'un de nous pour hémiplégie infantile droite.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Fille unique, elle est née à terme à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est effectué dans de bonnes conditions, l'enfant a crié tout de suite et pesait, à la naissance, 3 kg. 300. Elle a été élevée au biberon et, en dehors des accidents nerveux pour lesquels on nous la conduit, a été soignée pour de l'asthme par M. J. HUBER.

*Histoire de la maladie.* — La maman s'est aperçue, d'abord, que son enfant ne se servait pas du côté droit, puis, qu'elle ne se développait pas comme les autres enfants. Les premiers pas remontent à peine à un an et il n'y a pas encore la moindre tentative de langage. M. HUBER, consulté à ce moment, a fait faire une réaction de Wassermans qui a été *fortement positive pour l'enfant et pour les parents*, bien que ceux-ci ne présentent aucun signe de syphilis et n'aient aucune notion d'une contagion possible.

*Etat actuel.* — Les symptômes dominants, en dehors de l'apparence délicate et lymphatique, sont :

1° *L'arriération mentale profonde.* — L'enfant ne comprend rien, ne reconnaît pas les siens, est incapable de suivre les objets qu'on lui montre, se remue constamment, pousse des cris inarticulés, est à peine propre;

2° Une *hémiplégie droite*, avec les phénomènes habituels : atrophie marquée des membres du côté paralysé, remontant, pour le membre inférieur, jusqu'à la fesse, accessible aux mensurations et à la vue; incapacité de saisir un objet de la main droite; difficulté de la marche, le pied étant immobilisé en varus équin par des rétractions tendineuses; héliathétose; raideur des grandes jointures, à droite, contrastant avec l'hypotonie des articulations des phalanges; exagération des réflexes tendineux avec signe de Babinski spontané et provoqué, cyanose, etc. Ces troubles seraient survenus à la suite de convulsions;

3° La *carie des incisives médianes*.

OBSERVATION XXI. — M. N..., est mort d'hémorragie cérébrale. Sa femme était une *tabétique* classique, avec abolition générale des réflexes tendineux, troubles multiples de la sensibilité générale, ataxie, signe de Romberg, myosis.

Ils ont eu quatre enfants : une de leurs filles a eu, après son mariage, deux enfants : un petit garçon qui, vers deux ans, a été atteint de convulsions à la suite desquelles apparut une hémiplegie infantile droite; et une fille qui, au moment de la puberté, a présenté l'ensemble symptomatique suivant : cyphoscoliose dorsale, albuminurie légère, dilatation de l'estomac, céphalées.

OBSERVATION XXII. — Une jeune fille de 22 ans, vue avec le D<sup>r</sup> HERROUET (de Courbevoie), est atteinte d'hémiplegie infantile. Sa mère, syphilitique, a été traitée par le D<sup>r</sup> MILIAN. Son père a des pupilles inégales, irrégulières et, en plus, immobiles à la lumière. Les réflexes tendineux font défaut, chez lui. En somme, *tabès paternel indiscutable*.

OBSERVATION XXIII. — C... Marcel, 7 ans 1/2, vu le 29 octobre 1930. Il nous est adressé par M. Gilbert ROBIN, pour encéphalopathie infantile avec hémiplegie droite, crises d'épilepsie bravais-jacksonnienne du membre supérieur droit et arriération mentale.

En faveur de l'hérédo-syphilis, quelques raisons : *leucoplasie* jugale douteuse, *inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson* chez le père (MILIAN).

OBSERVATION XXIV. — M<sup>lle</sup> B..., 36 ans, nous est adressée par le D<sup>r</sup> ALQUIER pour hémiplegie gauche datant de la première enfance; elle a, en effet, succédé à des convulsions survenues vers le huitième mois. Son père est un *tabétique* classique.

OBSERVATION XXV. — D... Emile, 12 ans, a un frère épileptique. Il est conduit à notre consultation de Saint-Louis pour hémiplégie gauche avec arriération mentale et troubles du caractère. *La réaction de Wassermann est positive pour son sang.*

OBSERVATION XXVI (avec C. RIOM). X... Jeanne, âgée de 10 ans, amenée par son médecin, le 9 février 1933, pour hémiplégie récidivante.

*Antécédents héréditaires.* — Les parents sont en bonne santé. Ils ont un autre enfant bien portant. La mère n'a jamais fait de fausse-couche. Le grand-père maternel est arthritique et éthylique. La grand'mère maternelle a eu neuf enfants, dont un (le deuxième), mort à neuf ans, était anormal (ne parlait pas et aurait eu une malformation cardiaque, mère, décédée à 29 ans à la suite d'une fausse couche.

*Antécédents personnels.* — L'enfant est née à terme dans des conditions normales, a été nourrie au sein jusqu'à 23 mois, a eu sa première dent à 6 mois, a marché à 15, a parlé à 20. A quatre ans, elle a eu successivement, varicelle, rougeole, coqueluche, sans complication. Depuis lors, elle s'est toujours bien portée jusqu'en juin 1931. A ce moment, la mère s'aperçoit que l'enfant se sert mal de son bras gauche, qu'elle ne peut plus boutonner son pantalon, laisse tomber les objets qu'elle saisit. Dans les jours qui suivent, la paralysie s'accroissant, le bras pend inerte. Cependant l'état général n'est pas atteint, la température reste normale et l'appétit est excellent.

Un médecin consulté porte le diagnostic d'arthrite et prescrit des frictions. En peu de temps, l'affection rétrocede : huit jours plus tard, les mouvements sont redevenus normaux : l'évolution complète a duré quinze jours. La santé redevient excellente jusqu'en mars 1932. A cette date, en même temps qu'une angine rouge banale, apparaît une parésie de la main droite, qui s'aggrave, devient paralysie et gagne tout le

membre supérieur. Tandis qu'une légère amélioration se manifeste, l'enfant traîne la jambe droite, puis tous les symptômes s'effacent, l'affection a évolué en trois semaines; à aucun moment, l'enfant n'a présenté ni fièvre ni dysarthrie. Il ne persiste pas des séquelles de cette hémiplégie, et la santé est parfaite jusqu'en décembre 1932. Le soir du 22 décembre, elle a une indigestion; le surlendemain, on s'aperçoit qu'elle traîne légèrement la jambe gauche, puis les troubles se précisent, gagnent le bras du même côté, et, vers le 10 janvier, l'hémiplégie est complète, flasque : lorsqu'on tente de mettre l'enfant debout, elle tombe à plat ventre et ne peut plus se relever. Vers le 15 janvier, amélioration rapide et progressive, mais, à ce moment, apparaît une paralysie faciale gauche, avec déviation des traits, parole traînante, voix nasonnée.

*Etat actuel.* — Examinée le 8 février, la petite malade a une hémiplégie gauche à caractère spasmodique, avec démarche caractéristique. La force musculaire segmentaire est très diminuée au bras gauche, surtout dans les mouvements du poignet, des doigts, et la force d'extension. Elle semble moins atteinte à la jambe gauche où, d'ailleurs, les symptômes sont en voie de régression. Les réflexes olécrânien et stylo-radial sont exagérés. Au membre inférieur, ils sont vifs des deux côtés, mais nettement exagérés à gauche (réfl. polycinétique). On note l'existence d'un clonus de la rotule, mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite, à gauche signe de Babinski net. La recherche des cutanés abdominaux, normaux à droite, donne à gauche une réponse lente, faible, qui s'abolit après deux ou trois excitations. La paralysie faciale, inapparente au repos, est aisément mise en évidence par la mimique, elle est le type central, respectant le facial supérieur. A signaler encore l'absence de troubles sensitifs et cérébelleux, l'existence de quelques troubles trophiques : main et pied gauches froids et légèrement cyanosés.

L'examen oculaire n'a montré aucune lésion du fond de l'œil, les réflexes pupillaires sont normaux, la motilité intacte.

L'enfant conserve une intelligence vive, un caractère enjoué, qui, à aucun moment n'ont paru altérés.

L'examen général en décèle pas d'autres signes pathologiques. Tension artérielle : 13/8 au Pachon.

La réaction de Wassermann est négative pour la mère, et la réaction de Hecht est partiellement positive (5). Les réactions de Hecht et de Wassermann sont négatives pour l'enfant. La réaction de Wassermann est positive pour le père.

La ponction lombaire n'a pu être faite.

OBSERVATION XXVII (avec M. CAUCHEMEZ). — Elle peut ainsi se résumer : *Grand-père maternel tabétique* : premier enfant porteur d'une malformation cardiaque est mort dans des circonstances indéterminées deuxième enfant atteint d'hémiplégie récidivante.

OBSERVATION XXVIII. — D... E., âgé de 8 ans.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — La mère a une *inégalité pupillaire*; la pupille gauche est plus grande que la droite. Elle présente *un signe d'Argyll-Robertson*; réflexes tendineux plutôt vifs; pas de leucoplasie ni d'aortite. Deux autres enfants, de 19 et 21 ans. Grand'mère maternelle bien portante.

Enfant né à terme; a fait de l'œdème des nouveau-nés. Première dent à neuf mois, a marché tard. Il a fait une hémiplégie droite à dix-sept mois.

*Etat actuel.* — En plus de son hémiplégie, il a des convulsions. Carie dentaire; bosses frontales saillantes; rien au cœur; pas de spina bifida; il a déjà été soigné dans le service par des médicaments spécifiques.

OBSERVATION XXIX. — M. J..., âgée de 10 ans, vue le 27 juin 1931.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Mère syphilitique, traitée à Saint-Joseph. Père aveugle de guerre. Deux autres enfants morts l'un de méningite tuberculeuse, l'autre de tétanie. Elle naquit à terme et elle avait un poids suffisant à la naissance.

Actuellement, elle a une petite hémiplégie droite avec hyperréflexivité et atrophie. On remarque encore chez elle une hypertrichose; elle est obèse.

Examen des yeux fait par M. DUPUX-DUTEMPS : pas de signe d'Argyll-Robertson, réflexes pupillaires normaux, fond d'œil normal.

Le 4 juillet 1931, la mère montre des radiographies faites sept ans auparavant, qui montrent l'existence d'une spina bifida occulta lombaire. En outre, un examen du sang fait à cette époque était positif.

Le 10 octobre 1931, on remarque qu'elle commence à avoir un début d'ulcérations dentaires.

OBSERVATION XXX. — R. J..., âgée de 15 ans 1/2, vient pour crises nocturnes.

Hémiplégie infantile du côté droit et strabisme interne; sillon naso-labial plus accusé à droite. *Dents : érosions en coup d'ongle sur les incisives médianes supérieures.* Attitude en flexion de la main droite, qui est cyanosée. Le membre inférieur droit est plus court et plus grêle que le gauche. Pas de trépidation épileptoïde; pas de signe de Babinski. Le sein droit est plus gros.

La réaction de B.-W. est négative pour la mère et pour l'enfant.

Examen des yeux (Dr DOLLFUS) : cornées normales; réflexes iriens normaux.

OBSERVATION XXXI. — Madeleine R..., âgée de 12 ans, vue le 17 mars 1930; elle est amenée pour scoliose.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Père syphilitique traité. Mère morte d'accident. Un autre enfant mort à neuf mois, aux colonies, à la suite de convulsions. Elle a eu elle-même des convulsions à l'âge de deux mois.

Actuellement : hémiplégie infantile droite, sans grosse atrophie, avec légère participation du facial du même côté. Arriération mentale; mouvements athétosiques; réflexes tendineux vifs; réaction de B.-W. négative.

Le 9 juillet 1930, spasme intentionnel du côté droit et mouvements athétosiques du même côté.

Le 9 mai 1931. Pendant le mois d'avril on lui a fait une série de dix injections d'huile grise. Après cette série, l'examen du sang a donné une *réaction de Wassermann franchement positive*.

OBSERVATION XXXII. — Emile D..., âgé de 12 ans.

Vient pour hémiplégie infantile du côté gauche, avec contracture et hypotonie des doigts. On note l'existence d'un petit naevus pigmentaire pileux de la région de l'omoplate gauche. Pas d'hémiathétose. Pas de lésions dentaires nettes. Bosses frontales saillantes. Grosse tête. Une prise de sang, faite il y a trois mois, a donné une *réaction de B.-W. positive*.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Dupuy-Dutemps, n'a rien montré d'anormal.

OBSERVATION XXXIII. — Rémy G..., âgé de 6 ans, vu le 20 janvier 1930.

Amené pour épilepsie et hémiplégie infantile du côté droit avec contractures (a déjà subi une ténotomie de l'achilléen droit).

*Etat actuel.* — Grosse tête; hydrocéphalie légère probable; tendance à la brachycéphalie; livedo; les incisives médianes supérieures sont gâtées. Etat intellectuel déficient. On a déjà pratiqué une réaction de Wassermann à l'hôpital des Enfants-

Malades qui était négative. Un nouvel examen du sang pour la mère et pour l'enfant est négatif.

L'examen des yeux fut pratiqué à deux reprises :

Le 9 avril 1930 par M. DOLLFUS : pas de lésions du fond de l'œil; réflexes iriens normaux; suit le doigt et converge assez bien.

Le 15 octobre 1932 par M. DUPUY-DUTEMPS : pas d'atrophie optique; strabisme divergent de l'œil droit, qui ne pourra être traité que plus tard.

L'acétylarsan a amélioré ses crises convulsives.

Il a été montré, le 12 mai 1934, à M. MILIAN, qui communique la note suivante : *exostoses frontales gauches*; dents peu caractéristiques.

OBSERVATION XXXIV. — Joseph C..., âgé de 5 ans 1/2, vu le 5 mai 1934.

Il est envoyé de l'école pour troubles nerveux, consistant en : instabilité choréiforme, attitude vicieuse de la tête.

*Antécédents personnels.* — L'accouchement avait été difficile; mort apparente ayant persisté deux heures.

*Etat actuel.* — Hémiplegie gauche légère, parole monotone, explosive; mouvements athétosiques qui s'atténuent quand l'enfant est couché.

*La réaction de B.-W. est positive pour le père et négative pour l'enfant.*

## CHAPITRE II

### DISCUSSION - LES ARGUMENTS INVOQUES LEUR VALEUR REELLE

Pour rattacher à la syphilis congénitale les divers cas d'hémiplégie infantile mentionnés plus haut, nous nous sommes appuyés sur des arguments de divers ordres :

*étiologique,*  
*clinique,*  
*biologique,*  
*anatomique,*  
*thérapeutique,*  
*nosologique.*

Reste à en discuter la valeur.

#### ARGUMENTS D'ORDRE ETIOLOGIQUE

Ils sont eux-mêmes, dit notre Maître, M. Babonneix, que nous suivons pas à pas, au nombre de *quatre*.

§ I. — *Aveux des parents ou des grands-parents*, déclarant avoir contracté la syphilis *avant* la naissance de l'enfant chez lequel on constate l'existence d'une affection nerveuse.

Tel est le cas de notre observation I, concernant un enfant atteint d'hémiplégie spasmodique gauche et qui a été conçu trois ans *après* la syphilis du père. Six enfants, nés *avant* la contamination, sont entièrement normaux. Ajoutons qu'ici la syphilis est d'autant moins douteuse qu'elle s'est compliquée de roséole.

Mêmes remarques pour plusieurs autres de nos cas.

Dans certains d'entre eux (obs. 8, 10, 15, 16, 28, 30), les parents : père ou mère, étaient *notoirement syphilitiques*, et, souvent, *avaient subi à diverses reprises un traitement spécifique*.

Une fois, il s'agissait d'*hérédosyphilis*, le père ayant été traité par M. G. Milian, dont personne ne contestera la grande autorité, pour syphilis congénitale.

Chez un certain nombre de parents ou de grands-parents, la syphilis avait pris des *allures neurotropes* : *paralysie générale* (obs. 5), *tabes* (obs. 11, 21, 23, 24, 27). Dans un de nos cas, la sœur était atteinte de *paraplégie spasmodique tardive*, type *Marfan* (obs. 8).

A ce premier argument, on a fait deux objections :

1° *Le diagnostic de syphilis peut avoir été porté à tort.*

Erreur possible, dit M. Babonneix, mais dont il ne faudrait pas s'exagérer la fréquence.

2° *La syphilis des parents n'est pas niable, mais rien ne prouve qu'elle ait joué un rôle dans le développement des troubles nerveux observés chez l'enfant.*

Il s'agit là, en réalité, d'une objection de principe que l'on pourrait appliquer à toutes les manifestations pathologiques rattachées aujourd'hui à la syphilis. Pourquoi

ne pas dire aussi : Cet homme est spécifique : la chose est évidente, mais rien ne prouve que son tabes, que sa paralysie générale, que son ectasie aortique, que sa leucoplasie soient dus au tréponème ? Ce raisonnement avait conduit deux grands médecins, qui, l'un et l'autre, ont honoré la Science française, mais qui, généralement, ont été mieux inspirés, à écrire cette phrase malencontreuse : « Dans le tabes, l'hérédité nerveuse est la cause déterminante, la syphilis, la cause adjuvante. » Ces façons de raisonner, disons-le hardiment, avec tout le respect dû à ces Maîtres, sont aujourd'hui périmées. S'il est une notion bien établie, c'est celle qui affirme que, toujours et partout, le tabes est lié à la présence du tréponème dans certaines zones du système nerveux, et, en particulier, dans la *névrite radiculaire transverse* de Nageotte. Et, si nous sourions discrètement en lisant, dans des auteurs dont les descriptions ne sont pas si anciennes, que cette affection est due au refroidissement, au rhumatisme, à l'absence de coït pratiqué dans la position verticale, pourquoi songerions-nous à invoquer ces causes, ou d'autres aussi peu vraisemblables, dans le déterminisme de certaines encéphalopathies infantiles ? Appliquée avec mesure, la *loi de coïncidence* ne régit-elle pas toute la médecine ? Et ne peut-on écrire, avec le Prof. Marfan :

« Les enfants de parents syphilitiques ne sont pas nécessairement syphilitiques, mais ils doivent toujours être soupçonnés de l'être. »

§ II. — CONSTATATION, CHEZ LES PARENTS OU CHEZ LES GRANDS-PARENTS, DE SYMPTÔMES QUE L'ON PEUT RATTACHER A LA SYPHILIS :

*Paralysie générale du père* (obs. 3) ;

*Tabes fruste* (obs. 11) *ou typique chez la grand-mère* (obs. 21', 27'), *chez le père* (obs. 22, 23 et 24), *chez le grand-père paternel* (obs. 27) ;

*Eruptions spécifiques chez la mère* (obs. 9) ;

*Cicatrice de gomme du voile chez la mère* (obs. 15) ;

*Syphilis ostéo-articulaire de l'adolescence* (obs. 21) ;

*Signe d'Argyll-Robertson et inégalité pupillaire chez une sœur* (obs. 8).

Discutons sommairement la valeur de ces principales constatations.

Sans doute, le signe d'Argyll-Robertson a-t-il été signalé dans quelques affections qui n'ont rien à voir avec la neuro-syphilis et dont voici la liste, d'après M. L. Babonneix : affection indéterminée du système nerveux (G. Guillaïn et Dubois) ; alcoolisme (?) (Manninger, Nonne) ; atrophie Charcot-Marie ; lésion du pédoncule cérébral (G. Guillaïn, Rochon-Duvignaud et Troisier) ; névrite interstitielle ; sclérose latérale, syringomyélie ; traumatisme encéphalique ou orbitaire (Bergt, Dufour, Guillaïn et Barré, Cl. Vincent, Magitot et Bollack, Velter), tumeur du 3<sup>e</sup> ventricule ; spirochétose ictéro-hémorrhagique ; encéphalite léthargique (Lortat-Jacob et Haliez). A cette liste, établie en 1921, ajoutons le syndrome d'Adie, avec raideur pupillaire, dont la signification est encore objet de contestations entre les spécialistes.

Il est hors de doute que le signe d'Argyll peut s'observer en dehors de la neuro-syphilis. Toutefois, si l'on veut bien considérer que : 1<sup>o</sup> il est infiniment plus fréquent dans celle-ci que dans les autres affections ; 2<sup>o</sup> il s'accompagne généralement des signes caractéristiques du tabes ou de la paralysie générale, on peut, en pratique, le con-

sidérer comme ayant une valeur presque absolue et admettre qu'il indique, dans 95 % des cas, une infection spécifique du névraxe.

Mêmes constatations — *mutatis mutandis* — sur l'*inégalité pupillaire*, qui, sans doute, peut être physiologique : elle est alors peu marquée et ne se voit (Tournay) que dans les positions extrêmes du regard, et qui, pathologiquement, relève de bien des causes : paralysie de la 3<sup>e</sup> paire, déterminant, du même côté, de la mydriase, si les fibres parasymphatiques, qui cheminent au centre du tronc, sont atteintes; syndrome de Claude Bernard-Horner, déterminant du myosis du côté lésé, etc. N'empêche qu'associée à de l'irégularité pupillaire et à une immobilité pupillaire à la lumière, elle témoigne toujours d'une syphilis du névraxe.

Inutile de discuter longuement la valeur d'une *éruption spécifique* chez la mère. Quant aux *perforations* consécutives aux *gommages du voile*, elles relèvent toujours, elles aussi, de la syphilis, et leur constatation faite, comme dans notre cas, par un spécialiste, permet d'affirmer l'existence d'une infection à tréponème. « La perforation « du voile est », écrit le Prof. A. Fournier<sup>1</sup>, « un témoignage *presque* certain en faveur de l'origine syphilitique de la lésion. Sans doute, la tuberculose peut bien, « elle aussi, perforer le voile, mais elle n'aboutit à ce « résultat que d'une façon très rare, tout à fait exceptionnelle. »

Dans un de nos cas, la mère, fille elle-même de tabé-

1. A. FOURNIER, *Traité de la syphilis*, Paris, 1901, II, in-8°, p. 339.

tique, avait souffert, à l'adolescence, d'*accidents ostéo-articulaires* sur lesquels nous manquons assurément de détails, mais qui avaient été rattachés, par les meilleurs spécialistes de Berck, à la syphilis héréditaire.

### § III. — RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE :

1° *La mère fait, sans cause apparente, un certain nombre de fausses couches.*

Cet argument a été l'objet de discussions passionnées.

Ceux qui lui refusent toute valeur font observer que :

1° nombre de fausses couches sont liées à des causes moins médicales que sociales, auxquelles fait allusion notre Maître M. Babonneix, quand il leur applique la jolie définition de Pierre de Nolhac : *accidents secrets et volontaires*;

2° les avortements survenant avant le deuxième mois peuvent être dus simplement à une irritabilité particulière de l'utérus, qui se contracte dès qu'il devient gravide (Apert), et sans que la syphilis soit le moins du monde en cause.

Ces critiques sont, il faut le reconnaître, irréfutables. Pour la première, inutile de compter sur les aveux de l'intéressée et, par conséquent, de lui poser d'indiscrètes questions. La seconde exige que l'on ne tienne compte que des avortements survenus vers le quatrième ou le cinquième mois (Apert).

2° *Les accouchements prématurés.* Il est bien évident qu'ils n'ont de valeur que si, dès la naissance, l'enfant a été reconnu malade.

3° *La naissance d'enfants morts-né* ne sera, elle aussi, retenue que si la mère avait cessé, quelques jours avant la naissance, de sentir les mouvements et si la macération du fœtus a été constatée (Apert).

4° Que penser de la *multiléthalité infantile*, si fréquente dans les classes pauvres, et qui relève de causes banales, au premier rang desquelles figurent les erreurs d régime et le manque d'hygiène, sans que la syphilis soit en cause? Elle n'acquiert de valeur que si, d'une part, elle s'observe dans des ménages appartenant aux classes aisées et si, de l'autre, on ne lui trouve pas de cause évidente. Mêmes réflexions concernant les *naissances successives d'enfants qui, sans cause, naissent débiles et dont le poids est insuffisant* (Marfan).

Les grossesses gémellaires uniovulaires sont fréquentes, de l'avis de tous les auteurs, chez les femmes syphilitiques. Il y a donc lieu de leur attribuer une certaine valeur, comme à l'*hydramnios*. Ribémont-Dessaigne et Lepage, dans leur classique *Traité*, à l'article *Hydramnios*<sup>1</sup>, ne parlent-ils pas de l' « action meurtrière de la syphilis »? Le Prof. Jeanselme et M. Y. Bureau n'écrivent-ils pas, dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* (Paris, 1934, in-4°, art. 3001, p. 15) : « L'hydramnios est une véritable ascite intra-utérine due à l'atteinte hépatique du fœtus : ce syndrome est très fréquent dans la syphilis héréditaire »?

Pour en finir avec ce chapitre, n'oublions pas d'insister sur la valeur que possède l'*augmentation manifeste*

1. RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE, *Précis d'obstétrique*, Paris, 1894, p. 781.

*de volume du placenta* : « Nombre de points restent en-  
« core à élucider au sujet du placenta syphilitique »,  
écrivent les mêmes auteurs (p. 744) : « il est cependant  
« un caractère macroscopique du poids du placenta par  
« rapport au poids du fœtus issu de parents syphiliti-  
« ques. Cette augmentation proportionnelle s'observe  
« non seulement lorsque les fœtus succombent dans  
« l'utérus, mais même lorsqu'ils naissent vivants et pré-  
« sentent ultérieurement des accidents syphilitiques...  
« Cette hypertrophie placentaire est si importante que,  
« dans un certain nombre de cas, Pinard a pu recon-  
« naître la syphilis chez les parents, alors qu'elle était  
« passée inaperçue... »

## ARGUMENTS D'ORDRE CLINIQUE

Ils consistent en la constatation, soit chez le malade lui-même, soit, si l'on procède à l'*enquête familiale* conseillée par le Prof. A. Fournier, dans son entourage, de signes attribuables à la syphilis congénitale. De ces signes, quels sont ceux qu'à notre avis il y a lieu de retenir? Ce sont :

— les *lésions osseuses* : exostoses (obs. 3, 4, 7, 17, 32), périostite tibiale (obs. 3) ;

— les *lésions dentaires* : microdontisme (obs. 3), irrégularités dentaires (obs. 5), dents d'Hutchinson (obs. 8), malformations dentaires (obs. 12, 28, 29) ;

— l'*hydrocéphalie* (obs. 4, 7, 10) ;

— le *front olympien* (obs. 10) ;

- les *gommes du voile cicatrisées* (obs. 5, 15, 18) ;
- les *cicatrices péribucales* (obs. 6) ;
- la *kératite interstitielle* (obs. 8) ;
- le *signe d'Argyll-Robertson* (obs. 8) ;
- les *accidents de la naissance* : coryza, spléno-hépatomégalie (obs. 16) ;
- les *malformations cardiaques* (obs. 11, 12, 27).

Les *cicatrices péri-buccales* (Parrot) remontant aux premières semaines ont, de l'avis de tous, une signification très nette. « Très importants pour le diagnostic sont les accidents localisés au voisinage des orifices. Au pourtour de la bouche... apparaissent des fissures ou rhagades, assez profondes, qui divergent en éventail. Leur valeur séméiologique est très grande. » (E. Jeanselme et Y. Bureau, Syphilis, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, 1934, in-4°, 3001, p. 16.)

Mêmes réflexions concernant le *pemphigus palmaire*, « la plus précocce et la plus caractéristique des « manifestations cutanées de la syphilis héréditaire précoce » (*id.*, p. 16), et le front olympien, signe non « moins pathognomonique » (A. Fournier).

Parmi les *manifestations intéressant le tube digestif* :

— la *perforation du voile*, conséquence de gommes qui passent d'abord par une phase d'infiltration, particulièrement insidieuse, puis d'ulcération, et qui aboutissent ainsi à une perforation, pathognomonique à condition qu'on ait éliminé le lupus, à « évolution chronique, « très lentement progressive, mais continue et sans secousse, sans surprise, sans fracas » (A. Fournier, *Traité de la syphilis*, Paris, 1901, in-8°, p. 310) ;

— les *vomissements habituels du nourrisson*, qui sont souvent, — mais non toujours, — en rapport avec la syphilis héréditaire. Ne peuvent-ils être liés, en effet, à une sténose du pylore, à une erreur de régime, etc.? Leur valeur est donc infiniment moindre que celle du symptôme précédent;

— les *lésions dentaires*<sup>e</sup>: *dents d'Hutchinson* et de *Mozzer*, caractérisées, la première, par l'encoche semi-lunaire du bord libre des incisives médianes de seconde dentition, la seconde, par la présence, sur la première grosse molaire, ou dent de six ans, d'un « sillon circulaire comme tracé par la pointe d'une aiguille et siégeant en plein plateau à un ou deux millimètres du bord libre, enchatonnant une zone centrale d'où émergent les quatre cuspides, qui paraissent comme étrangères ». Moins importantes, mais non moins dépourvues de toute signification, sont les autres lésions : *sillons transversaux de l'émail*, *taches laiteuses*, *usure prématurée de l'émail*, *atrophie cuspidienne de la canine*. On a bien avancé que tout état morbide grave, prolongé, pouvait, s'il était contemporain de la formation de l'émail, imprimer sa marque sur la dent. Rien de plus vrai; mais, en pratique, « la principale cause de souffrance des jeunes enfants est l'hérédo-syphilis et, le plus souvent, c'est à elle, et non à une autre maladie accidentelle dont on ne retrouve pas le souvenir, qu'il faut rattacher le sillon ou la tache laiteuse » (Apert);

— la *splénomégalie du nourrisson*. Sans doute, cet état morbide peut-il reconnaître les causes les plus variées : anémie spéciale (anémie dite pseudo-leucémique, ou de von Jacksch-Luzet), maladie de Niemann-Pick,

qui a pour elle son caractère familial, sa prédilection pour la race juive, et l'importance de la splénomégalie; maladie de Gaucher, rare chez les nourrisson; leucémies, kala-azar, paludisme dans les pays tropicaux, etc., etc. N'empêche que, comme l'a démontré le Prof. Marfan, il y a plus de trente ans, quand elle est précoce, quand elle s'accompagne d'hépatomégalie et d'autres signes suspects, quand elle apparaît chez des sujets nés avant terme, ayant un poids insuffisant, difficiles à « partir », il y a bien des chances pour que le tréponème soit en cause.

Des *stigmata respiratoires*, le plus important est le *coryza* précoce, persistant, accompagné d'écoulement séro-purulent et d'hématique, ulcérant les régions voisines du nez et lié à des ulcérations intéressant à la fois la muqueuse nasale et l'os sous-jacent, comme l'ont bien établi les auteurs lyonnais (M. Péhu et Guillard). « Par sa fréquence et par sa précocité, il constitue l'un des meilleurs signes révélateurs de l'hérédosyphilis. » (Jeanselme et Bureau, *loco citato*, 3001, p. 16.)

Que penser des *stigmata circulatoires*? On n'observe pour ainsi dire jamais, chez le jeune enfant, d'aortite, ni d'ectasie aortique. Force est donc de se rabattre sur les *malformations cardiaques*, dont la valeur est encore discutée, il est vrai, car si des auteurs tels que MM. Ch. Lambry et H. Grenet rattachent à la syphilis héréditaire une partie d'entre elles, d'autres, avec M. Péhu, dans son remarquable article du *Traité Nobécourt-Babonneix*, estiment que la preuve n'est pas encore donnée, et que l'hésitation est permise.

Des *stigmata génito-urinaires*, nous n'avons retenu que l'*hydrocèle précoce et irréductible* et l'*induration avec augmentation de volume précoce du testicule*, aux-

quelles tous les auteurs attribuent une importance considérable. MM. Jeanselme et Bureau n'écrivent-ils pas (*loco citato*, p. 16) : « Une hydrocèle constatée à la naissance doit toujours être tenue pour suspecte. Bientôt, la glande se montre volumineuse et dure. Plus tard, elle s'atrophiera progressivement. »

Des *modifications sensorielles*, nous retiendrons :

1° la *kératite interstitielles*, absolument pathognomonique de l'hérédo-syphilis;

2° l'*otite chronique interne avec signe d'Hennebert*.

Des *manifestations ostéo-articulaires*, celles qui nous ont paru pathognomoniques sont : pour la petite enfance, l'*ostéochondrite*, qui, à intensité maxima, donne lieu aux *pseudo-paralysies* de Parrot, et la *périostite ossifiante*, qui succède à la précédente, et dont les signes sont purement radiologiques; pour la moyenne et la grande enfance, les fractures dites multiples (*forme ostéoclasiente* de M. Péhu), les *périostites gommeuses*, les *exostoses*, surtout craniennes, quand elles sont nettes, ce qui, avouons-le, n'est pas le cas de toutes les nôtres, et alors souvent compliquées d'*hydrocéphalie*, et aussi l'*hydarthrose des genoux* survenant à la puberté.

## ARGUMENTS D'ORDRE BIOLOGIQUE

En voici l'énumération :

*Réaction de Wassermann positive pour le sang de l'enfant* (obs. 6, 7, 12, 18, 19, 25, 30, 31) *ou des parents* (obs. 13, 19, 26, 33);

*Réaction de Hecht positive pour le sang (obs. 12) ;*

*Réaction de Hecht positive pour le liquide céphalo-rachidien (obs. 10).*

Que penser de ces résultats ?

§ I. — Sans doute, la *réaction de Bordet-Wassermann du sang* a-t-elle fait l'objet de discussions sans nombre. Ses détracteurs lui ont adressé des objections dont la portée dépasse de beaucoup ce modeste travail. On a dit que :

1° les idées théoriques sur lesquelles elle se fonde sont entièrement périmées : notion exacte, car, aux conceptions physio-pathologiques faisant intervenir l'alexine qui subit une déviation particulière (Ablen-Kung) toutes les fois qu'elle se trouve en présence d'une sensibilisation, de telle sorte qu'elle devient incapable de produire l'hémolyse, se sont substituées des conceptions physico-chimiques, très à la mode aujourd'hui ;

2° cette réaction pouvait être positive en dehors de la syphilis. Voici, à ce sujet, la liste établie par M. Georges Lévy (art. *Syphilis. Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris, 2<sup>e</sup> édition, 1938, 3010, p. 2) : pian, fièvre récurrente, leishmaniose et piroplasmose ; ulcère phagédénique des pays chauds ; bérubéri (?), lèpre, surtout tuberculeuse, paludisme, scarlatine, endocardites, encéphalite épidémique, lupus érythémateux, états cachectiques ou agoniques ; tumeurs malignes, splénomégalies chroniques, grossesse, lymphogranulomatose, etc., etc.

Notons, au sujet de cette liste, que :

a) dans nombre de cas, il s'agit purement et simplement de syphilitiques ayant contracté, par surcroît, telle

ou telle affection qu'il ne faut pas rendre responsable de la réaction positive;

b) dans beaucoup d'autres (pian, leishmaniose, piroplasmose), il s'agit d'agglutination de groupes;

c) dans d'autres encore (états agoniques), la valeur de la réaction importe peu.

Ces faits éliminés, reconnaissons qu'il en est *peut-être* d'autres où la réaction de Wassermann est positive chez des sujets non-syphilitiques et qu'une sévère révision s'impose des faits jusqu'ici publiés.

3° Les résultats de Wassermann variaient avec les laboratoires; qu'il était difficile de savoir comment interpréter les cas où elle est faible, subpositive, douteuse, que, chez l'enfant déjà grand, elle peut être négative, bien que l'existence de la syphilis congénitale soit indiscutable. On a avancé enfin que, chez le nourrisson en pleine septicémie à spirochètes, elle est souvent négative.

Pour le *liquide céphalo-rachidien*, on a dit de même que la réaction pouvait être *positive* en dehors de la syphilis : encéphalite épidémique, méningite tuberculeuse, et, surtout, tumeurs cérébrales ou médullaires. En réalité, une seule cause d'erreur, en pratique, les tumeurs cérébrales ou médullaires, car, comme l'a démontré J.-A. Sicard, les résultats du Bordet-Wassermann sont infiniment plus constants pour le liquide céphalo-rachidien que pour le sang, et divers échantillons fournis à divers laboratoires donneront toujours la même réponse, alors qu'il est loin d'en être de même pour le sang.

Beaucoup plus embarrassante est la question des réactions *négatives*. Elles s'expliquent par l'ancienneté des lésions, comme en témoigne l'absence de toute grosse modification histo-chimique du liquide céphalo-rachidien.

Ravaut n'avait-il pas établi de manière irréfutable, par l'observation d'hérédo-syphilitiques suivis pendant des années, que, chez eux, ces lésions passent par deux phases : une *pré-clinique*, où, seules, s'observent les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien, sans le moindre symptôme, et une *clinique*, où, ces modifications ayant disparu, rien ne permettrait de les rattacher à la syphilis, si l'on n'avait assisté à la phase précédente? « J'ai montré dès 1914, écrit de Maître, dans ses *Titres et travaux scientifiques* (Paris, 1929, in-4°, p. 53, qu'il faut distinguer dans l'évolution de la syphilis nerveuse deux périodes : la seconde, *clinique*, qui débute avec le premier signe clinique...; la première, *préclinique*, précédant parfois de plusieurs années la première et pendant laquelle, seule, *l'étude du liquide céphalo-rachidien permet de mettre au jour ces réactions latentes, occultes, qui ne sont que le reflet des lésions de l'axe cérébro-spinal*.

§ II. — Passons sur les succédanées de la réaction de Bordet-Wassermann, au sujet desquelles nous ferions des réflexions analogues et disons un mot de la *réaction du benjoin colloïdal* de Guillain-Guy-Laroche-Léchelle, qui est « positive, d'une manière générale, dans les formes cliniques évolutives aiguës ou subaiguës de la syphilis cérébro-spinale » (G. Lévy, *loco citato*, 3014, 5). Le même auteur ajoute : « Quand il n'existe plus que des séquelles de l'altération des centres nerveux ou des fibres conductrices du névraxe, la réaction devient négative. » On peut donc formuler à son sujet des réflexions de même ordre que pour la réaction de Wassermann. Réaction négative ne veut pas dire : absence de syphilis, mais, absence de syphilis en activité.

## ARGUMENTS D'ORDRE ANATOMIQUE

Nous n'en possédons pas de personnels, mais il est facile d'en trouver dans la littérature. Ils sont, pour la plupart, rassemblés dans la classique monographie du Prof. Savy, datée de 1909, et qui a pour titre : *L'hémiplégie par artérite cérébrale chez les hérédo-syphilitiques*. « Il est prouvé », dit-il textuellement, « que l'hérédo-syphilis peut provoquer au niveau des artères les mêmes lésions que la syphilis acquise. » Notion nouvelle dans la science, s'il est vrai qu'en 1873, M. Lancereaux écrivait : « On ne connaît aucun cas d'artérite syphilitique héréditaire. » Depuis cette époque, les lésions vasculaires spécifiques localisées à l'encéphale ont été signalées chez l'enfant par Barlow-Bury, Money, Declerc et Masson.

Dans les observations de Drowse et Chiari, il y avait association d'*artérite cérébrale* très accentuée et de nappes gommeuses méningées.

Dans le cas d'Abercrombie, concernant une hémiplegie infantile survenue après une chute brusque, altérations intenses des artères cérébrales moyennes.

Chez le petit malade de Passini, artérite de la sylvienne et des cérébrales antérieures et postérieures : il est juste de dire, fait observer M. Maniadis (*Th. Paris*, 1934), auquel nous empruntons la plupart des détails qui précèdent, qu'il s'agissait peut-être de syphilis acquise.

Chez le petit malade de Heubner, hérédo-syphilitique évident, nombreuses et importantes altérations vasculaires.

Péhu et Gardère mentionnent des foyers d'endartérite irrégulièrement répartis sur les diverses branches du polygone de Willis et sur la sylvienne gauche.

Des *gommés cérébrales* plus ou moins typiques ont été mentionnées par Dowse, Vandervelde, etc.

On a parfois trouvé, enfin, le *tréponème* dans les centres nerveux. Le cas le plus typique est celui de M. Péhu et Gardère, auquel nous avons déjà fait allusion : les spirochètes fourmillaient dans un foyer d'apparence macro et microscopiquement banal. De cette « observation capitale » (Maniadis), on peut rapprocher celle de Pellegrini : spirochètes dans la substance blanche d'un hérédo-syphilitique mort trois jours après sa naissance.

## ARGUMENTS D'ORDRE THERAPEUTIQUE

Dans notre observation 6, on note les bons effets apparents du traitement spécifique, au moins au début. Ce cas, assurément peu probant, est à rapprocher de ceux qu'on trouve dans la littérature : amélioration de l'hémiplégie par :

— le traitement spécifique (Gaudard, Blocq, Benson, Marquezy, Mlles Jammet et Chevalier, Nussbaum) ;

— le traitement mercuriel (Hadder, Passini, Franke, Marfan) ;

— le biodure de mercure (Leuret) ;

— l'iodure de potassium (Pic et Piéry, Heubner) ;

— le traitement iodo-mercuriel (Audry, Savy).

## ARGUMENTS D'ORDRE NOSOLOGIQUE

Comme la plupart des précédents, ils ont été développés par M. Babonneix, qui fait remarquer que les causes diverses auxquelles les auteurs rattachent les encéphalopathies infantiles, en général, et l'hémiplégie, en particulier, ne sont pas « recevables », comme on dit au Palais. En effet :

1° *Elles font souvent défaut.* Combien d'hémiplégies infantiles survenues chez des enfants nés à terme, dans de bonnes conditions, à la suite d'une grossesse normale, et qui n'ont jamais eu, depuis leur naissance, d'infection grave?

2° *Quand elles existent, leur rôle pathogène reste souvent douteux.* Tel est le cas pour les traumatismes obstétricaux. Sans doute, quand ils sont suffisamment intenses, ils peuvent, à eux seuls, déterminer des lésions cérébro-méningées irrémédiables. Mais le plus souvent, ils semblent insuffisants, à eux seuls, à déclencher une encéphalopathie infantile. Qui parle ainsi? Notre Maître, M. Babonneix, auquel on a parfois reproché de voir la syphilis partout? Nullement, mais deux accoucheurs lyonnais estimés : MM. Voron et Pigeaud. S'il en était ainsi, ne devrions-nous tous naître, qui, avec une hémiplégie, qui, avec des troubles intellectuels, car il en est bien peu pour lesquels la naissance n'ait été l'occasion, pour le crâne et pour son contenu, d'une sérieuse compression? Tel est encore le cas pour l'alcoolisme, le saturnisme, qui peu-

vent agir par eux-mêmes, mais qui, plus souvent, masquent une syphilis latente.

Un des points qui ont le plus retenu l'attention de M. Babonneix, c'est la coexistence, si fréquente, à l'origine des encéphalopathies infantiles, des traumatismes obstétricaux? Comment l'expliquer? Sans doute, en admettant que ceux-ci exercent d'autant plus aisément leur action que les vaisseaux encéphaliques ont été fragilisés, sensibilisés par celle-là. A elle, le rôle prédisposant, à eux, le rôle occasionnel, déterminant. En faveur de cette hypothèse, une constatation classique : la fréquence des hémorragies cérébrales chez les prématurés hérédosyphilitiques (Prof. Couvelaire).

3° *L'évolution des accidents finit souvent par éclairer leur signification.* Dans l'observation 15, on aurait pu — avec de la bonne volonté — croire à une hémiplegie banale chez un hérédosyphilitique. Les années s'écoulaient. Devenu jeune homme, le malade se livre à des actes absurdes : il veut partir pour Lourdes avec vingt sous dans sa poche; une autre fois, il se livre à des fugues. Enfin, la police l'arrête pour tentative de viol sur une fillette. Paralyse générale infantile manifeste, pour laquelle l'internement s'impose!

Envisageons d'une autre manière, maintenant, les arguments précédents et appliquons à l'hémiplegie infantile, considérée dans ses rapports avec la syphilis congénitale, la classification traditionnelle.

*Arguments de possibilité* (Aviragnet). — Ce sont les nombreuses fausses couches « spontanées », mais sur la nature desquelles, en réalité, on manque de détails; les *exostoses frontales*, quand elles ne sont pas nettes; les

*lésions dentaires* telles que microdontisme, anomalies et irrégularités dentaires; les antécédents de *vomissements habituels du nourrisson*, quand ils ne sont accompagnés d'aucune autre signe de spécificité héréditaire; les réactions pupillaires « un peu lentes » (obs. 17); le *strabisme interne*. Et restons, jusqu'à nouvel ordre, dans le doute sur les rapports du tréponème et des *malformations*.

*Arguments de propédoilité.* — Ce sont la *polyléthalié infantile*, encore que, dans les basses classes, cette constatation n'ait que peu de valeur, cette polyléthalié pouvant, comme nous l'avons dit, être en rapport avec la misère, les fautes d'alimentation, le manque d'hygiène, la tuberculose, etc., et l'*hydrocéphalie*, encore que celle-ci puisse être due à des causes entièrement différentes de la syphilis : tumeurs, malformations, comme, par exemple, l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius, arachnoïdites, etc...

*Arguments de certitude.* — Ils sont, eux-mêmes, de deux ordres :

Arguments d'ordre *clinique*. Ils sont constitués par l'existence, chez le malade ou chez ses parents (père, mère, frères et sœurs), de symptômes que, dans l'état actuel de la science et sous les réserves indiquées plus haut, on peut considérer comme caractéristiques : *tabes* ou *paralyse générale* des parents, *maladie de Marfan* chez une sœur; antécédents et éruptions spécifiques chez la mère; *gomme du voile* cicatrisée chez la mère ou chez le petit malade : *cicatrices péricommissurales précoces*, *cicatrice de gomme du voile*, *kératite interstitielle*, signe d'*Argyll-Robertson*, *dents d'Hutchinson*, *front olympien*. Ajoutons-y : 1° l'évolution, dans un de nos cas, vers la

paralysie générale; 2° la notion, dans les antécédents personnels, de signes pathognomoniques constatés dès la naissance : éruption cutanéomuqueuse, coryza, pemphigus palmo-plantaire, hépatosplénomégalie.

Arguments d'ordre *biologique*. Ils sont représentés par le caractère positif de la réaction de Bordet-Wassermann ou de ses succédanés dans le *sang* du sujet. Lorsqu'on ne connaît pas les beaux travaux de notre maître Ravaut, on pourrait se demander pourquoi, dans ce cas, la même réaction n'est pas positive dans leur *liquide céphalo-rachidien*. N'y aurait-il pas là un signe pathognomonique? En principe seulement, puisque ce n'est qu'à la phase *préclinique* que s'observent ces réactions biologiques, pour disparaître à la phase suivante, *clinique*.

Si l'on admet ces principes, on voit qu'un certain nombre de nos cas relèvent indiscutablement de l'hérédosyphilis. Notion capitale, tant pour la prophylaxie que pour la thérapeutique, et qu'il ne faudra jamais perdre de vue!



## CONCLUSIONS

1° Parmi les innombrables causes de l'hémiplégie infantile : encéphalites aiguës, soit secondaires à une infection banale de l'enfance, soit primitives, ressortissant alors à l'action, sur le névraxe, d'un virus neurotrope indéterminé, traumatismes, malformations cérébrales, une place importante doit être attribuée à la syphilis héréditaire.

2° En faveur de cette hypothèse, on peut faire valoir des arguments étiologiques, cliniques, anatomiques, biologiques et thérapeutiques, que nous discutons au sujet de trente-quatre observations personnelles que nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. L. Babonneix.

Ces arguments peuvent aussi se ranger d'autre façon, selon qu'on leur reconnaît une valeur de possibilité, de probabilité ou de certitude : aux derniers ressortit la constatation, dans l'entourage du malade, de tabes, de paralysie générale, de maladie de Marfan, de gommes du voile cicatrisées; chez le petit malade, de kératite interstitielle, de dents d'Hutchinson, de signe d'Argyll-Robertson, de cicatrices péricommissurales précoces, comme la notion, dans les antécédents, et dès les premiers jours, d'une éruption suspecte, avec coryza et hépatomégalie. Il n'y a pas à attacher aux résultats de la réaction de Bordet-Wassermann recherchée pour le liquide céphalo-rachidien l'importance qu'on aurait cru, les belles

recherches de Ravaut montrant qu'elle n'est positive qu'à la période préclinique.

3° Si un certain nombre d'hémiplégies infantiles relèvent du tréponème, il convient, toutes les fois qu'on a de bonnes raisons de mettre en cause ce parasite, d'instituer un traitement qui se conforme aux données classiques, c'est-à-dire qui doit être *précoce, intense, prolongé et varié*, et qui ne donnera, naturellement, de bons résultats, que si on lui adjoint tous les traitements « accessoires », qu'ils soient d'ordre médicamenteux : opothérapie, calmants; physiques : électricité appliquée selon la méthode de Bourguignon; médications orthopédique et chirurgicale.

Vu : *Le Doyen,*  
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*  
NOBÉCOURT

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

### DES TRAVAUX, SUR LE SUJET, DE M. L. BABONNEIX

*Babonneix (L.) et Voisin (R.).* — Encéphalopathies infantiles, in *Traité de médecine et de thérapeutique appliquée*. (Paris, 1926, in-18, t.XXIX.)

*Babonneix (L.).* — Quelques cas d'hémiplégie infantile. (Volume publié en l'honneur du Prof. Ricardo Simonini.)

— L'hémiplégie infantile liée à l'hérédo-syphilis. (*Archives de médecine des enfants*, n° 10, octobre 1926, p. 560-571.)

— Rôle de la syphilis héréditaire dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles communément attribuées aux traumatismes obstétricaux. (*Annales des maladies vénériennes*, janvier 1929, p. 1-16.)

— Syphilis héréditaire du système nerveux. (Paris, 1929, in-8.)

*Behmoiran.* — Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique. (T. Paris, 1914.)

*Hutinel (V.) et Badoonneix (L.). — Traité des maladies des enfants. (Paris, 1909, in-8°, t. V.)*

*Maniadis (G.). — Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique. (Th. Paris, 1934 (Bibliographie très complète), 41-58.)*

*Widiez (A.). — L'hémiplégie cérébrale infantile. (Th. Paris, 1928.)*



